

SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA MEDICINE RADA I SPORTA

Almenka Balenović, dr. med. spec. medicine rada i sporta

Ivanić-Grad, Omladinska 25; OIB: 68713545089; Tel. 01/2821-661, Fax: 2821-662; mob. 098/226-824

e-mail: almenka.balenovic@yahoo.com; balenovic.almenka@gmail.com

ZDRAVSTVENA ANKETA SPORTAŠA

IME I PREZIME: _____ DATUM ROĐENJA: _____

SPORTSKI KLUB, SPORT: _____ PROSJEČNI TJEDNI BROJ TRENINGA: _____

U kvadratić po potrebi upisati X i upisati traženo

OBITELJSKA ANAMNEZA (otac, majka, brat, sestra)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Povišen krvni tlak | <input type="checkbox"/> Alergije |
| <input type="checkbox"/> Srčane bolesti | <input type="checkbox"/> Maligne bolesti |
| <input type="checkbox"/> Šećerna bolest | <input type="checkbox"/> Ostalo |
| <input type="checkbox"/> Astma | |

ANAMNEZA SPORTAŠA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Povišen krvni tlak | <input type="checkbox"/> Naočale ili leće |
| <input type="checkbox"/> Srčane bolesti (šum na srcu) | <input type="checkbox"/> Slušno pomagalo |
| <input type="checkbox"/> Epilepsija | <input type="checkbox"/> Spuštena stopala |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Teške ozljede |
| <input type="checkbox"/> Šećerna bolest | <input type="checkbox"/> Alergije; na |
| <input type="checkbox"/> Potres mozga | _____ |
| <input type="checkbox"/> Učestale upale grla, infekcije | _____ |
| <input type="checkbox"/> Operacije; bolničko liječenje (kada, zbog čega); ostale napomene: | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

TRENUTNO STANJE SPORTAŠA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bol u prstištu, lupanje srca | <input type="checkbox"/> Ubrzani gubitak na težini |
| <input type="checkbox"/> Nesvjestica | <input type="checkbox"/> Ubrzani dobitak na težini |
| <input type="checkbox"/> Nedostatak zraka pri naporu | <input type="checkbox"/> Nesanica |

TJELESNA VISINA SPORTAŠA: _____

TJELESNA TEŽINA SPORTAŠA: _____

LIJEKOVI, NAVIKE

Lijekovi koje redovno uzimate; koji:

Alergije na lijekove; na koje:

Redovni dodaci prehrani (vitamini); koji:

Pušenje Alkohol

ZA SPORTAŠICE

1. Prva mjesečnica (s koliko godina): _____

2. Broj mjesečnica u jednoj godini: _____

3. Trajanje mjesečnice: _____

4. Porođaji: koliko porođaja: _____

Potpisom potvrđujem da su navedeni podaci točni.

Mjesto i datum:

Potpis sportaša:

(za maloljetnu osobu potpis roditelja, skrbnika ili druge odgovorne osobe)